

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**SIGNIFICAÇÕES DE PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE  
PRÉ-ESCOLAR SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS**

**Catarina Ribeiro de Sousa Morais**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica da Saúde  
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2013**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**SIGNIFICAÇÕES DE PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE  
PRÉ-ESCOLAR SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS**

**Catarina Ribeiro de Sousa Moraes**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica da Saúde  
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2013**

## Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Introdução Teórica .....	1
Alimentação Saudável E Obesidade Infantil .....	1
Estratégias Parentais Na Alimentação .....	4
Crenças E Conhecimentos Nutricionais Dos Pais.....	6
Preocupação Parental .....	8
Metodologia.....	15
Estudo de Andrade (em preparação) .....	15
Instrumentos .....	15
Procedimento .....	19
Presente Estudo .....	20
Amostra .....	21
Procedimento .....	21
Resultados .....	22
Caracterização da Amostra .....	22
Análise de Conteúdo .....	25
Discussão .....	36
Conclusões .....	39
Bibliografia .....	40
Anexos .....	47
Anexo A .....	48

## **Agradecimentos**

Antes de mais gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível.

À Professora Doutora Luísa Barros, pelo seu apoio e orientação constantes, pela sua disponibilidade, paciência e palavras de incentivo ao longo deste ano de trabalho, sem os quais acredito que este trabalho não seria possível.

Ao Pedro Santos, por não me deixar desistir mesmo nas horas em que a motivação escasseou, por nunca sair do meu lado, pelas vezes que me “deu na cabeça” e principalmente por aquele abraço cheio de orgulho.

À Carla Nunes e à Sarha Menezes pelas suas palavras de incentivo quase diárias, pelo apoio incondicional ao longo desta jornada, por terem sempre as palavras certas e por nunca terem permitido que abdicasse de um sonho, mesmo nas alturas em que desacreditei. Sem o vosso apoio este trabalho não teria sido possível.

Por último gostaria de agradecer aos meus pais, por me terem permitido a realização de mais uma etapa na minha vida. Agradeço por nunca terem deixado de acreditar nas minhas capacidades, mesmo nos momentos em que eu própria duvidei.

Este trabalho é dedicado a eles, obrigado por terem feito de mim o que sou hoje.

## **Resumo**

O presente estudo, tem um carácter qualitativo e exploratório, com o objectivo específico de explorar a forma como os pais de crianças em idade pré-escolar pensam sobre a alimentação dos seus filhos.

A amostra deste estudo é constituída por 27 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos de idade e a maior parte dos respondentes são as mães das crianças.

Neste estudo, optou-se por um procedimento aberto ou exploratório de análise de conteúdo de entrevistas, o que permitiu aceder a um conjunto de significações diferenciadas sobre a alimentação dos filhos e a análise das significações parentais permitiu identificar categorias relativas a quatro temas: Alimentação Saudável, Aquisição de Informação, Emoções Negativas e Preocupação Parental.

Os dados obtidos permitem concluir que os pais expressam preocupação sobre a alimentação dos filhos, e esta preocupação é acompanhada pela expressão de emoções negativas. Verifica-se também que no geral os pais mostram interesse na procura de informação e que tendem a diversificar as fontes de informação utilizadas.

*Palavras Chave:* Alimentação Saudável, Aquisição de Informação, Emoções Negativas, Preocupação Parental, Crianças pré-escolares

## **Abstract**

The present study has a qualitative and exploratory nature, with the specific aim to explore how parents of preschool aged children think about their children's eating patterns and behaviors.

The sample consists of 27 subjects, aged between 18 and 44 years old and most of the respondents are the children's mothers.

In this study, we opted for an open and exploratory content analysis of interviews, which allowed us to access a number of different meanings expressed, about the eating patterns and behaviors of their children. This analysis of parental meanings enabled us to identified categories related to four themes: Healthy Diet, Information Acquisition, Negative Emotions and Parental Concerns.

Results indicate that parents express concerns about their children's eating patterns and behaviors, and these concerns are associated with the expression of negative emotions. It was also found that parents show, in general, interest in seeking information and tend to diversify the sources of information used.

*Keywords:* Healthy Diet, Information Acquisition, Negative Emotions and Parental Concern, Preschool-aged children.

## **Introdução Teórica**

### **Alimentação Saudável e Obesidade Infantil**

Uma alimentação saudável é aquela que ajuda a manter ou a melhorar a saúde em geral. Esta é importante para diminuir os riscos de doenças, como a obesidade, doenças cardíacas, hipertensão, diabetes e cancro.

A obesidade é definida como a acumulação excessiva de gordura corporal que representa risco para a saúde (WHO, 2000). Na infância não existe um consenso sobre o critério de diagnóstico de obesidade. São frequentemente utilizados os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e International Obesity Task Force (IOTF).

Assim sendo, a obesidade pode ser considerada um distúrbio no estado nutricional, provocado por um desequilíbrio prolongado e/ou permanente entre a ingestão e o gasto calórico. Já o excesso de peso, por seu lado, é definido como um peso corporal que excede o peso normal ou padrão de uma determinada pessoa, baseando-se na sua altura e constituição física.

A obesidade surge associada a complicações a nível fisiológico, psicológico e social (Dietz, 1998). A obesidade tem efeitos adversos imediatos na saúde e também a longo prazo, aumentando o risco de outras doenças crónicas como a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, dislipidémia e síndrome metabólica. Estas doenças, até há bem pouco tempo características da idade adulta, estão a surgir gradualmente em idades pediátricas (Daniels, 2006). Para além das complicações a nível fisiológico, crianças obesas tendem a apresentar uma auto-estima mais baixa e menor qualidade de vida relativamente a crianças não obesas.

Para além de a obesidade ser uma das maiores consequências de uma alimentação não saudável, existe também o risco do aumento das doenças crónicas. As doenças crónicas, são doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Em 2001, as doenças crónicas não transmissíveis contribuíram para quase 60% dos 56 milhões de mortes anuais. As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), são doenças multifactoriais relacionadas a factores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e a factores modificáveis, nos quais se destacam a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inactividade física.

Além disso, são ainda considerados determinantes sociais para estas doenças, tais como as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação. Estimativas da OMS apontam para que as DCNT sejam responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo.

Em 2002, a OMS no seu Relatório Mundial de Saúde, descreve como principais factores de risco, aqueles que contribuem para os valores de mortalidade e morbilidade da maioria dos países. No caso das doenças crónicas não transmissíveis os factores de risco mais importantes incluem a hipertensão, colesterol sanguíneo elevado, consumo inadequado de frutos e hortícolas, inactividade física e excesso ponderal. Assim, os hábitos alimentares pouco saudáveis e a inactividade física, estão entre as principais causas do aumento dos factores de risco anteriormente referidos.



Perante a crescente e alarmante prevalência deste tipo de doenças, os estados membros da OMS, solicitaram em Maio de 2002, a elaboração de uma estratégia global que pudesse ser usada como método de intervenção das doenças crónicas não transmissíveis.

Em Maio de 2004, durante a Assembleia Mundial de Saúde, foi aprovada a “Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde”, (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health). Esta iniciativa tem como objectivo final a promoção e melhoria da saúde da população, através de quatro objectivos principais: (a) reduzir os factores de risco para as doenças crónicas provenientes de hábitos alimentares inadequados e inactividade física, através de acções em saúde pública; (b) aumentar a consciencialização da população para a influência da alimentação e actividade física na saúde e para o impacto positivo que têm as acções de prevenção; (c) incentivar o desenvolvimento e implementação de políticas e planos de acção abrangentes, de longa duração e multisectoriais e (d) monitorizar dados científicos e principais influências na alimentação e actividade física, apoiar a investigação realizada em áreas relevantes para este tema.

No que diz respeito à alimentação, a OMS na Estratégia Global recomenda que: (a) se controle o balanço energético e o peso saudável; (b) se limite o consumo de gorduras totais bem como que se substitua o consumo de gorduras saturadas por insaturadas e elimine o consumo de gorduras trans; (c) se aumente o consumo de frutas, vegetais, cereais integrais e leguminosas; (d) se limite o consumo de açúcares livres e (e) se limite o consumo de sal.

A alimentação é fundamental para a promoção da saúde e, quando realizada de forma adequada, contribui para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para que o organismo consiga funcionar de uma forma plena ao nível do sistema respiratório, cardiovascular, nervoso, entre outros, é necessária a utilização de uma certa quantidade de energia.

A prevalência de excesso de peso e obesidade aumentaram globalmente, entre crianças, adolescentes e adultos, tendo a obesidade infantil registado igualmente um aumento

dramático. Em Portugal, de acordo com um estudo realizado em 2007, 30% das crianças entre os seis e os dez anos de idade têm excesso de peso e/ou obesidade (Moreira, 2007).

A elevada prevalência da obesidade na infância e as consequências que dela advêm enfatizam a necessidade de uma abordagem clínica e comunitária na prevenção e tratamento desta doença crónica (Rito, 2006).

Diversos autores (Birtch, 2002; Ramos, & Stein, 2000; Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009) atribuem à família, nomeadamente aos pais, o papel fulcral no ambiente alimentar da criança e nas experiências precoces que esta terá com os alimentos. São eles que servem como modelo para as crianças e que estabelecem regras e estratégias como práticas de alimentação das crianças.

Os familiares, em especial os pais ou cuidadores, constituem a maior influência ambiental no que se refere à alimentação (Ramos & Stein, 2000). Esta influência manifesta-se na aquisição de alimentos para consumo de toda a família e traduz-se através da religião e cultura enraizadas, do exemplo do comportamento alimentar dos pais e das crenças e dos conhecimentos transmitidos às crianças sobre alimentação. Assim, alguns investigadores, consideram que os pais são, pelo menos em parte, responsáveis pelo excesso de peso dos filhos (Holm, 2008).

O tratamento da obesidade infantil deve envolver não só os profissionais de saúde como também a família, escola, órgãos de governo, indústria alimentar e comunicação social (Burniat, Cole, Lissau & Poskitt, 2002).

### **Estratégias parentais na alimentação:**

Na alimentação dos filhos, os pais utilizam essencialmente três estratégias, a restrição do consumo de alimentos que os pais consideram que não são saudáveis para as crianças, a pressão para comer alimentos considerados saudáveis e a utilização de recompensas para que

a criança coma determinados alimentos (Birtch, 1999; Birtch, 2002; Viana et al., 2009). O controlo restritivo na alimentação das crianças por parte dos pais tem sido apontado como um factor preponderante no aumento do peso, dado que esta atitude pode perturbar a capacidade de aprendizagem do mecanismo de regulação do apetite. Nestas circunstâncias a criança deixa de reagir aos índices internos de fome ou saciedade, o que condiciona a sua resposta à saciedade, sendo por isso o controlo restritivo apontado como uma das prováveis causas comportamentais da obesidade (Sprudij-Metz, Li, Cohen, Birch, & Goran, 2006).

Segundo Birch (1999), este controlo de consumo alimentar exercido pelos pais tem como objectivo incutir e promover nas crianças preferências e padrões alimentares. Contudo, as estratégias que pretendem restringir o acesso das crianças a determinados alimentos podem contribuir para que esses mesmos alimentos passem a ser considerados mais atractivos para a criança, podendo levar ao aumento da preferência e consumo dos mesmos. A atracção para consumir os alimentos proibidos também pode ocorrer caso estes estejam disponíveis e acessíveis no ambiente da criança (Birtch, 2002).

Outra estratégia parental, apressão para comer alimentos específicos, mostrou estar associada a percentagem de massa gorda dos filhos (Lee & Birtch, 2002).

A utilização de certos alimentos como recompensa para a criança comer outro alimento que lhe agrada menos também poderá conduzir à reacção inversa da intenção dos pais, pois em vez de a criança passar a preferir o alimento de que não gosta, passa a gostar ainda mais do alimento que está a servir como recompensa. A pressão para comer tudo o que está no prato também pode provocar consequências negativas, como o facto de as crianças não conseguirem aprender o autocontrolo, isto é, a identificar os momentos em que está realmente com fome ou por outro lado, em que já atingiu um estado de saciedade (Ramos & Stein, 2000).

As práticas parentais são estratégias com o objectivo de suprimir comportamentos considerados inadequados ou de incentivar a ocorrência de comportamentos adequados

(Alvarenga & Guilhardi, 2001). Os pais podem utilizar a combinação de várias estratégias adaptadas, de acordo com as situações (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002).

As práticas parentais, como a disponibilidade de alimentos saudáveis, os conhecimentos sobre nutrição e alimentação e a modelagem parental constituem factores que têm influência no comportamento alimentar, hábitos de exercício físico e adequação do peso da criança (Skouteris, McCabe, Swinburn, Newgreen, Sacher & Chadwick, 2010).

### **Crenças e Conhecimentos nutricionais dos pais**

Sabe-se que as crenças e os conhecimentos sobre alimentação dos pais influenciam as suas atitudes e comportamentos educacionais e pensa-se que estes podem vir a determinar em parte as preferências e os padrões alimentares da criança. Contudo existe ainda a necessidade de realização de mais estudos neste âmbito. Tendo em conta que os pais são o principal elemento regulador do comportamento alimentar das crianças, é importante que estes sejam capazes de fazer um reconhecimento adequado sobre a qualidade da alimentação dos filhos. Kourlaba, Kondaki, Roma-Giannikou & Manios (2009) realizaram um estudo para avaliar processos de percepção parental da qualidade alimentar e perceber até que ponto existe uma sobrestimação da qualidade alimentar. A maioria das mães (80%) considerou que os filhos tinham uma alimentação boa ou muito boa. Também se verificou que o facto de as mães pensarem que os seus filhos têm bom apetite contribui para que estas não reconheçam que a alimentação dos filhos não é saudável. O facto de as mães sobrestimarem a qualidade alimentar pode vir a influenciar o comportamento alimentar das crianças. Se estas mães avaliam a dieta alimentar dos filhos como sendo boa ou muito boa, apesar de não o ser, pode levar a que as crianças criem preferências pelos alimentos que não são saudáveis.

De acordo com Maynard, Galuska, Blanck & Serdula (2003), um dos factores que poderá conduzir à obesidade infantil será a incapacidade dos pais reconhecerem o excesso de

peso dos filhos. Erros nesta identificação têm sido apontados como uma das razões para o aumento da obesidade infantil. Se os pais não são capazes de reconhecer que as crianças estão com peso a mais para a idade ou se não reconhecem os riscos para a saúde associados ao excesso de peso, então os programas de prevenção e de tratamento da obesidade infantil provavelmente não serão bem-sucedidos. Uma elevada proporção de pais não identifica o excesso de peso dos filhos (Carnell, Edwards, Croker, Boniface & Wardle, 2005). Neste sentido, existem estudos que revelam que a percepção dos pais em relação à pré-obesidade ou obesidade dos filhos varia de acordo com a idade das crianças, apresentando maior dificuldade em reconhecer o excesso de peso das crianças mais novas (Eckstein, Mikhail, Ariza, Thomson, Millard & Binns, 2006). Existe também uma elevada proporção de pais de crianças com excesso de peso que não estão preocupadas com o estado ponderal das suas crianças (Campbell, Williams, Hampton & Wake, 2006).

Desta forma, as intervenções para prevenção da obesidade infantil devem ajudar os pais a avaliar com precisão a adequação do peso dos filhos. Transmitir a informação aos pais sobre o peso dos seus filhos pode constituir um estímulo para a mudança e adopção de hábitos alimentares saudáveis, de forma a controlar o peso (Grimmett, Croker, Carnell & Wardle, 2008).

Eckstein et al. (2006) exploraram as percepções, os níveis de preocupação parental sobre o peso e a opinião dos pais sobre o excesso de peso nas crianças. Os pais das crianças mais novas mostraram níveis de preocupação mais baixos acerca do peso das mesmas, sendo por isso comum que estes pais não reconheçam o estado de obesidade dos filhos. Mesmo quando já existiu um aviso prévio, por parte do médico, de que a criança está a ganhar peso de uma forma muito rápida, este aviso é rapidamente esquecido pelos pais. Os autores verificaram que a idade da criança influencia o nível de preocupação parental com o peso da

criança e o reconhecimento da obesidade, sendo que este nível aumenta com a idade da criança.

### **Preocupação parental**

Brazeltone Cramer são dois autores que apresentam um longo trabalho na área da intervenção parental. Sem fazer referência ao conceito de preocupação parental, Cramer (1991) considera que uma queixa ou inquietação relativa à criança leva os pais a procurar ajuda especializada. Brazelton (1995), no mesmo sentido, refere que os pais, ao se sentirem ansiosos em relação à criança, sentem necessidade de encontrar respostas para fazer face às necessidades sentidas.

Assim encontramos uma dimensão ligada a um estado afectivo ou emocional, sentimento de mal-estar, preocupação ou mesmo medo, que conduz a uma queixa, que podemos associar a uma dimensão cognitiva e consciente e por último, a procura de informação, ligada à acção. Segundo esta perspectiva, a definição de preocupação parental aparece associada ao sintoma percebido na criança.

As preocupações parentais integram-se num conceito mais abrangente que alguns autores referem de função parental ou parentalidade, surgindo a ideia de que a função parental deverá ser um processo em desenvolvimento, ou seja, em função das necessidades decorrentes do desenvolvimento da criança.

Houzel (1997), define três dimensões da parentalidade que coexistem mas funcionam a níveis de experiência diferentes: o exercício, a experiência e a prática da parentalidade. A primeira remete para a identidade da parentalidade nos seus aspectos fundadores e organizadores. A experiência refere-se às funções da parentalidade e aos aspectos subjectivos conscientes e inconscientes do processo de parentalização. Na prática parental encontramos as

qualidades da parentalidade e os aspectos mais ou menos observáveis das relações entre pais e filhos.

Voltando ao conceito de preocupação parental, este parece situar-se na inquietação, ansiedade ou medo relativamente à função parental, que dependerá das dificuldades inerentes ao desenvolvimento infantil, bem como das dificuldades sentidas pelos indivíduos, aquando da aceitação do seu papel de pais, ou na aceitação da sua parentalidade.

A preocupação parental é considerada como sendo um aspecto fundamental na avaliação e intervenção psicológica, sendo transversal a diferentes áreas da psicologia, tais como a psicologia clínica, psicologia da saúde e psicologia educacional. As preocupações parentais desempenham um papel importante em todas as áreas de intervenção quer com crianças, quer com a família.

Estudos anteriores (Ford, Sayal, Meltzer & Goodman, 2005) mostram que as preocupações parentais são determinadas por factores internos, tais como a personalidade dos pais, ou problemas de saúde mental, e factores externos tais como stressores de vida ou o comportamento e temperamento mais difícil de certas crianças. Estas preocupações parentais encontram-se relacionadas com o comportamento parental. Sendo consideradas um sinal de interesse relativo às necessidades das crianças, estas influenciam o comportamento parental, promovendo práticas parentais mais saudáveis e podem ser preditores de resultados mais positivos no que diz respeito ao comportamento da criança. A ausência de preocupação, está também relacionada à pouca adesão a estratégias de prevenção, como é o exemplo da obesidade infantil.

Evidências mostram que as preocupações parentais são um aspecto esperado e positivo da parentalidade (Reijneveld, De Meer, Wiefferink & Crone, 2008; Slater, Bowen, Corsini, Gardner, Golley & Noakes, 2010). Influenciam o comportamento parental e promovem resultados positivos na criança. As preocupações parentais apresentam uma alta

sensibilidade no que toca aos problemas das crianças, sendo consideradas como uma forma de avaliação formal.

As preocupações parentais podem ser influenciadas por factores internos, tais como características da personalidade parental (Demby, 2009; Wildman, Stancin, Golden & Yerkey, 2004), cognições parentais (Sadeh, Flint Ofir, Tirosh & Tikotzy, 2007), ansiedade de separação parental (Kaitz, 2007), e problemas de saúde mental dos pais, tais como depressão, distúrbios de ansiedade ou emoções negativas crónicas (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996; Swain, Lorberbaum, Kose & Strathearn, 2007).

As preocupações parentais definidas como protecção e preocupação pela criança, influenciam o comportamento parental. Dix (1992), considerou que os pais iniciam determinados comportamentos, tendo uma vez definido uma meta ou objectivo particular no que diz respeito ao seu filho.

Estas preocupações parentais podem conduzir à promoção de práticas mais saudáveis em crianças com excesso de peso ou obesas (Lampard et al., 2008). As preocupações parentais foram também reportadas como um factor que pode predizer a procura de ajuda ou de conselhos sobre o desenvolvimento dos seus filhos, numa amostra de 1911 famílias australianas, em crianças dos oito meses até aos quatro anos de idade (Skeat, Eadie, Ukoumunne & Reilly, 2010).

As preocupações parentais excessivas sobre o desenvolvimento da criança, ou comportamento, predizem níveis significativos de stress parental, mas não influenciam a decisão parental de procura de assistência médica para as doenças das crianças (Voigt, et al., 2009)

No que diz respeito à alimentação, uma maior preocupação parental e envolvimento poderá conduzir a uma monitorização e controlo da ingestão de alimentos por parte da criança, uma maior inclinação na procura de tratamento para crianças com excesso de peso e



melhores resultados no que diz respeito a tratamentos comportamentais para a obesidade (Lampard et al., 2008).

Investigação a respeito da obesidade infantil mostra que os níveis baixos de reconhecimento parental do excesso de peso ou obesidade das crianças, associada a uma falta de preocupação parental (Bossink-Tuna, L'Hoir, Beltman & Boere-Boonekamp, 2009), particularmente na idade de entrada na escola, podem impedir os pais de implementarem estratégias para diminuir os factores de risco para a obesidade infantil (Crawford, Timperio & Salmon, 2006).

Em contrapartida, uma maior preocupação parental sobre o peso da criança pode conduzir a um comportamento de controlo, sobreprotecção e a práticas restritivas no que diz respeito aos hábitos alimentares da criança, que podem aumentar o risco de excesso de peso na adolescência (Haines, Neumark-Sztainer, Wall & Story, 2007).

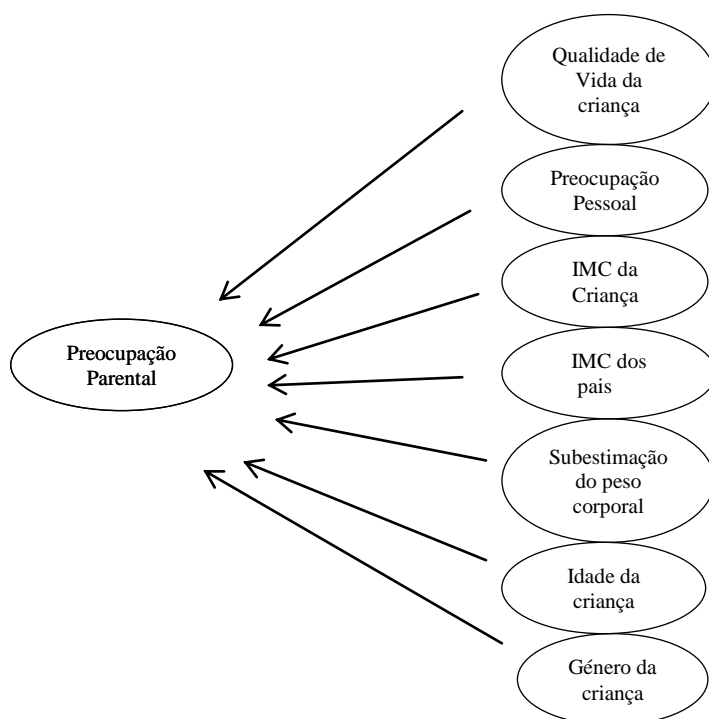
O grau de preocupação que um pai sente sobre o peso do filho poderá ter um papel crucial no desenvolvimento e na manutenção do excesso de peso e obesidade, de acordo com Lampard, Byrne, Zubrick. & Davis (2008). Para estes autores, seria de esperar que quanto maior fosse a preocupação e o envolvimento parental, maior seria a probabilidade de existir uma maior monitorização e controlo da dieta da criança, uma maior propensão para procurar tratamento para uma criança com excesso de peso e melhores resultados nos tratamentos comportamentais para a obesidade infantil.

Os estudos relativos aos factores associados à preocupação parental são poucos. No estudo de Lampard et al., (2008), os autores colocaram a hipótese de existirem alguns factores parentais que poderiam influenciar a preocupação parental, incluindo: a capacidade parental para avaliar correctamente o volume corporal do filho (subestimação do tamanho corporal); a preocupação parental com o seu próprio peso (preocupação pessoal); o estado do peso parental; e a percepção parental de qualidade de vida do seu filho. Neste estudo levantam

também a hipótese de o Índice de Massa Corporal (IMC), idade e género da criança poderem vir a influenciar a preocupação parental.

Estes autores propõem um modelo de preocupações parentais para pais que subestimam o tamanho corporal dos seus filhos e que articula os conceitos de preocupação pessoal, o IMC parental, a percepção parental da qualidade de vida dos seus filhos, o IMC das crianças, idade e género da criança como variáveis preditoras, representado na Figura 1.

**Figura 1** - Modelo de preocupação parental (adaptado de Lampard et al.,2008)



O estudo de Lampard et al., (2008) tinha como principais objectivos, estudar o grau de preocupação parental entre uma amostra de pais de crianças com peso normal, excesso de peso e obesas; examinar a precisão das avaliações parentais sobre o peso do seu filho e identificar os factores associados com a preocupação parental e testar o modelo parental representado na Figura 1. Os resultados deste estudo mostram que uma grande proporção de pais de crianças com excesso de peso ou obesas estavam preocupados com o peso dos seus

filhos. Uma grande proporção de pais de crianças com excesso de peso ou obesas subestimaram o peso dos seus filhos. A preocupação parental foi significativamente maior entre pais de crianças obesas do que em pais de crianças com excesso de peso (Lampardetal., 2008).

Este estudo, investigou também os factores que influenciam o grau de preocupação que os pais têm com o peso dos seus filhos e testou o modelo de preditores da preocupação parental, representado na Figura 1.

A subestimação do peso da criança, o IMC e a qualidade de vida da criança (PedsQL), foram bons preditores de preocupação parental, enquanto o IMC parental e a preocupação pessoal não previam significativamente a preocupação parental. Níveis mais baixos de preocupação parental foram reportados pelos pais que subestimaram o peso dos filhos. Isto indica que a preocupação parental está associada à capacidade parental de avaliação correcta do peso do seu filho e ao reconhecimento da existência de excesso de peso da sua criança.

Relativamente à avaliação parental de peso, estes autores apresentam uma possível explicação para a tendência parental para a subestimação do peso dos seus filhos. Os autores apresentam três possíveis factores: (a) a definição leiga e clínica do termo excesso de peso poder ser distinta, isto é, enquanto o número de crianças com excesso de peso e obesas continua a aumentar, a percepção comunitária do que constitui o peso normal, pode estar a mudar, fazendo com que as crianças classificadas com excesso de peso passem a ser vistas pelos pais e pelos membros da comunidade como crianças com um peso normal; (b) alguns pais podem simplesmente não identificar o excesso de peso dos seus filhos. Os pais podem estar mais preocupados com a saúde de uma forma global, do que com o tamanho corporal da criança; (c) é possível, que neste estudo os pais não estivessem dispostos a aceitar o peso dos seus filhos, pois o contexto do estudo era sobre o crescimento e desenvolvimento.

Este estudo também encontrou resultados que suportam a ideia de que um maior IMC da criança está associado a uma maior preocupação parental. Este resultado vai de encontro a outros resultados encontrados (Wake, Salmon, Wrigth, & Hesketh, 2002; Campbell et al., 2006), de que a preocupação parental é maior entre pais de crianças obesas e menor entre os pais de crianças de peso normal.

A qualidade de vida da criança foi o terceiro factor que conseguiu prever significativamente a preocupação parental, isto é, os pais que percepcionaram o peso dos seus filhos como um impedimento no envolvimento em tarefas de lazer ou na relação com os pares, demonstraram maior preocupação parental.

A preocupação parental poderá estar relacionada com processos benéficos para a saúde e para comportamentos de procura de tratamentos. Isto porque é provável que pouca preocupação parental tenha um impacto negativo nos resultados das crianças com excesso de peso ou obesas e por outro lado demasiada preocupação parental pode ter efeitos negativos no bem-estar da criança. A preocupação parental excessiva pode manifestar-se no facto de os pais serem demasiado restritivos e rígidos no que diz respeito à alimentação das crianças.

No geral, existem evidências que suportam o facto das preocupações parentais serem um aspecto positivo da parentalidade. A preocupação parental sobre diversos aspectos da parentalidade é altamente prevalente na população em geral, e é preditora de resultados positivos em crianças. Adicionalmente, estudos mostram que a preocupação parental deve ser considerada como uma forma formal de medição porque estas mostraram ser altamente sensíveis a certos tipos de problemas nas crianças.

No entanto, e apesar da existência de diversas investigações sobre a preocupação parental, existe ainda pouco conhecimento sobre a forma como os pais atribuem significado e se preocupam com o peso e alimentação dos filhos. Assim, este estudo exploratório teve como

objectivo global explorar a forma como os pais de crianças em idade pré-escolar pensam sobre a alimentação dos seus filhos.

Adicionalmente, este estudo teve também como objectivo específico, comparar significações de pais que expressam preocupação com o peso e alimentação dos filhos com as significações de pais que expressam a ausência de preocupação.

## **Metodologia**

### **Estudo de Andrade (em preparação)**

O presente trabalho fez uma análise secundária de dados qualitativos recolhidos no âmbito de um estudo mais abrangente de Andrade (em preparação) sobre determinantes do comportamento alimentar em crianças pré-escolares. Para uma melhor compreensão do trabalho aqui apresentado, enunciamos em seguida os aspectos fundamentais do trabalho de Andrade, nomeadamente no que concerne a selecção da amostra e os instrumentos de avaliação relativos às medidas relevantes para o trabalho aqui apresentado.

### **Instrumentos**

#### **1. O Índice de Massa Corporal (IMC)**

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi avaliado através da relação entre o peso e altura corporal e de critérios de diagnóstico do estado nutricional da criança do Centers for Disease Control and Prevention (2002).

O IMC permite a utilização de critérios de diagnóstico do estado nutricional da criança (e.g., baixo peso, peso normal, pré-obesidade e obesidade). O percentil 25 representa, para o IMC de adultos, o ponto de corte utilizado para definir o excesso de peso, fundamentado num critério objectivo de correlação com maior risco de morbilidade e mortalidade. Em crianças, a

associação à morbilidade e mortalidade não pode ser feita pelo que se utilizam pontos de corte unicamente baseados em percentis por idade/sexo, tendo como referencia uma população específica. Por outro lado o IMC altera-se substancialmente com a idade, aumentando durante a primeira infância, diminuindo em seguida e voltando a aumentar na adolescência, pelo que para estas faixas etárias o cálculo do IMC deve basear-se em curvas de referência relacionadas com a idade.

Não existem critérios de diagnóstico específicos para a população portuguesa, ao contrário do que acontece, por exemplo, em França e no Reino Unido. A nível internacional, não existem pontos de corte universalmente aceites para definir as diferentes categorias de IMC. Neste contexto, neste estudo optou-se pelos critérios do CDC. Para além de serem dos critérios mais utilizados em estudos internacionais, foram também considerados em estudos epidemiológicos portugueses de grande dimensão (Moreira, 2007). Foram igualmente adoptados pela Direcção Geral de Saúde e são os utilizados nos serviços de saúde portugueses (e.g., boletim da saúde infantil). O IMC foi calculado e comparado com os percentis (P) para crianças do CDC, tendo o estado nutricional das crianças sido classificado da seguinte forma: baixo peso ( $P < 5$ ), peso normal ( $5 \leq P \leq 84$ ), excesso de peso ( $85 \leq P \leq 94$ ), e obesidade ( $P \geq 95$ ).

## **2. Questionário de Hábitos Alimentares Infantis**

Para a avaliação dos comportamentos alimentares utilizou-se o Questionário de Hábitos Alimentares Infantis com um número de total de 21 itens.

Para a escolha do método a utilizar neste trabalho, foi seguida a obra de Thompson et al., (1994, 2008). Estes autores definem cinco métodos de avaliação da ingestão alimentar, e para este estudo, optou-se apenas pela utilização dos métodos breves de avaliação dietética, pois são de aplicação mais fácil e permitem a introdução de outros comportamentos

alimentares para além da frequência de ingestão de alimentos, nomeadamente o número de refeições e variedade alimentar.

Os métodos breves de avaliação dietética, consistem em questionários com listas de alimentos em que o respondente assinala em resposta fechada a frequência de ingestão somente se consome ou não. A quantidade de alimentos sobre o qual o sujeito é inquirido pode variar. Esta avaliação também pode incidir sobre outros comportamentos alimentares que não a ingestão de alimentos específicos. Este tipo de métodos apresenta correlações satisfatórias com outros métodos de avaliação com outros métodos de avaliação dietética.

Para este estudo optou-se por usar um questionário preenchido pelos pais, por ser um processo frequentemente utilizado e apresentando uma boa validade (Burrows, Martin & Collins, 2010; Falcão-Gomes, Coelho & Schmits, 2006; Thompson & Byers, 1994).

Para a avaliação dos hábitos alimentares, foi criado o Questionário sobre Hábitos Alimentares, tendo por base critérios que definem uma alimentação saudável em crianças pré-escolares, os mesmos referidos em documentos nacionais da DGS (Nunes & Breda, 2005) e internacionais (USDA, 2008; 2011).

Este questionário inclui três grupos de perguntas que avaliam respectivamente: (1) número de refeições diárias, através de uma escala de Likert de 2 pontos; (2) frequência de ingestão de alimentos específicos e (3) variedade alimentar, utilizando uma escala de Likert de 4 pontos. A cotação final do Questionário sobre Hábitos Alimentares variava entre 0 e 70, correspondendo os valores mais elevados a hábitos alimentares mais saudáveis.

### **3. Avaliação de Determinantes do Comportamento Alimentar**

A Avaliação de Determinantes do Comportamento Alimentar foi realizada através de um conjunto de duas escalas subjectivas, que avaliam a percepção parental de peso e a preocupação com o peso da criança.

Para a avaliação da Percepção Parental do Peso da Criança foi utilizada a uma pergunta fechada do estudo de Grimmet et al. (2008): “Considero que o meu/minha filho(a), para a sua idade e altura, tem”, sendo dadas três alternativas de resposta (peso a menos, peso normal, peso a mais).

A partir da comparação das respostas parentais com o IMC das crianças foi possível classificar os pais em relação à correcção da percepção parental de peso da criança (isto é, percepção correcta/incorrecta) e também em relação ao tipo de avaliação feita pelos pais (sobreevaliação, subavaliação e avaliação correcta do peso da criança).

A preocupação parental com o peso da criança, é uma variável considerada em diversos instrumentos de avaliação que focam as crenças parentais dos pais em relação à alimentação dos seus filhos. O Preschooler Feeding Questionnaire 1 (PFQ1) (Baughcum et al., 2001) inclui dois factores de preocupação com o peso. No factor relativo à preocupação com o peso a mais são feitas sete perguntas que avaliam em que medida os pais tomam medidas para impedir/reduzir o excesso de peso, a preocupação com o facto da criança comer demais e ter peso a mais no presente e no futuro. As duas perguntas relativas à preocupação com o peso inferior ao normal incidem também sobre a preocupação no presente e no futuro.

No Child Feeding Questionnaire (Birch et al., 2001) a preocupação com o peso é avaliada por perguntas relativas ao que a criança come quando os pais não estão presentes e à possibilidade da criança ter que fazer dieta e ficar obesa no futuro. Estas questões são aliás utilizadas na íntegra para o factor de preocupação parental do PFQ2 (Powers, 2005).

Esta variável foi avaliada com uma só pergunta fechada, tal como em outros estudos anteriores (Campbell et al., 2006; Carnell et al., 2005): “Estou preocupado(a) com o peso do meu/minha filha(o)”, em relação à qual os pais tinham de referir a frequência desta preocupação numa escala de Likert de 5 pontos.



### **Procedimento**

Como já referido, o presente estudo foi integrado num estudo mais abrangente realizado por Andrade (em preparação) que teve como objectivo aprofundar o conhecimento sobre as percepções e crenças parentais relacionadas com os comportamentos alimentares. O projeto deste estudo foi apresentado e aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e aprovado pela Câmara Municipal de Loures, município onde decorreu o estudo.

O consentimento informado foi enviado a todos os pais das crianças inscritas nos jardins infantis da zona Norte de Loures, no qual eram apresentados de uma forma breve os objectivos do estudo, a autora e as instituições envolvidas, assim como os procedimentos de avaliação que envolviam os pais e as crianças, nomeadamente a avaliação de peso e altura da criança e preenchimento de questionários pelos pais. Foi enviado conjuntamente o consentimento informado para a marcação e realização da entrevista com os pais, salientando que a indisponibilidade para a entrevista não inviabilizava a participação dos pais na restante componente avaliativa da investigação.

Os questionários foram entregues e recolhidos pela autora e por duas outras psicólogas com experiência em avaliação psicológica infantil. As entrevistas foram realizadas exclusivamente pela autora. Os dados foram recolhidos entre Novembro de 2008 e Julho de 2009.

A entrevista semi-estruturada que integrou este estudo tinha como objectivo identificar e comparar às percepções e crenças dos pais de filhos com IMC normal e obesos e os pais de filhos com os melhores e os piores hábitos alimentares. Os objectivos e perguntas da entrevista foram criados com base nos temas identificados na literatura relativos às cognições parentais relacionadas com o comportamento alimentar infantil. A opção por entrevistas individuais em oposição às grupais teve em conta o facto de se antecipar uma maior

sinceridade por parte dos pais e uma adaptação mais flexível às disponibilidades dos pais, facilitando a participação a um maior número de sujeitos.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, pois é um método adequado à exploração de percepções e opiniões dos entrevistados sobre temas complexos, mas tem a vantagem de permitir uma abordagem padronizada a temas pré definidos através do guião da entrevista (ver Anexo A), facilitando a comparação de conteúdos. A entrevista semi-estruturada apresenta ainda a característica de possibilitar a utilização de questões de aprofundamento que apresentam diversas vantagens (Barribal, 1994). Destas vantagens foram relevantes para o presente estudo a possibilidade de recolher toda a informação necessária, clarificar conteúdos, explorar aspetos que se revelem interessantes das verbalizações dos entrevistados e atenuar o efeito de desejabilidade social que se revela intenso em temas, como a alimentação infantil, sobre os quais a maioria dos pais tem informação sobre os padrões socialmente valorizados.

### **Presente Estudo**

O presente estudo, tem um carácter qualitativo e exploratório, tendo sido realizada uma nova análise dos dados qualitativos recolhidos no estudo de Andrade (em preparação), com os objectivos específicos de explorar a forma como os pais de crianças em idade pré-escolar pensam sobre a alimentação dos seus filhos e comparar significações de pais que expressam preocupação com o peso e alimentação dos filhos com as significações de pais que expressam a ausência de preocupação.

### **Amostra**

A escolha da amostra para o presente estudo foi intencional, baseada em quatro parâmetros de selecção, sendo estes, o IMC, Comportamentos alimentares, Percepção do peso da criança e Preocupação com o peso da criança.

Foram entrevistados 27 encarregados de educação da amostra inicial utilizada no estudo quantitativo. Para simplificação, designaremos todos os encarregados de educação por pais.

A distribuição final dos sujeitos pelos grupos de comparação foi a seguinte: 11 pais de crianças obesas, 16 pais de crianças com peso normal, 14 pais de crianças com melhores hábitos alimentares, cinco pais de crianças com piores hábitos alimentares, oito pais de crianças com médios hábitos alimentares.

Cada entrevistado foi integrado em um ou dois grupos de comparação (peso e/ou hábitos alimentares), desde que correspondessem às características do grupo. Por exemplo, um pai com o filho obeso e hábitos alimentares médios foi só categorizado no grupo relativo ao peso (pais de crianças obesas), enquanto um pai de uma criança obesa com piores hábitos alimentares foi integrado no grupo de pais de crianças obesas e também no grupo de pais de crianças com piores hábitos alimentares.

Dado que se trata de um estudo exploratório optou-se por um procedimento aberto ou exploratório de análise de conteúdo das entrevistas (Ghiglione & Matalon, 2001; Henry & Moscovici, 1968).

### **Procedimento**

Este trabalho começou por uma leitura e análise prévias da transcrição integral de todas as entrevistas. Foi utilizada a frase como unidade de registo. Em seguida seleccionaram-se de cada uma das entrevistas as unidades de registo que expressassem ideias sobre os quatro

temas previamente definidos, nomeadamente Alimentação Saudável, Aquisição de Informação, Emoções Negativas e Preocupação Parental. Desta forma criaram-se quatro grupos, cada um constituído por todas as frases relacionadas com o tema. No total foram trabalhadas 155 unidades de registo. As categorias foram sendo construídas ao longo da análise.

Para garantir a fidelidade do processo de codificação, esta foi realizada por dois codificadores e comparadas as classificações. Em casos de divergências estas foram discutidas até se obter uma concordância. Foi também realizada uma validação intracodificador, sendo que cada um dos codificadores analisou em pelo menos dois momentos diferentes as codificações que realizou, tendo sido discutidas entre os dois codificadores os casos em que a classificação intracodificador não foi semelhante.

Esta análise de conteúdo foi realizada com o apoio do programa NVIVO 9. Este programa permite um melhor e mais rápido tratamento de dados, permitindo que se realizem alterações das análises iniciais aos dados, sem perda de informação. A organização dos conteúdos da entrevista e a quantificação das unidades de registo foram também efectuadas através deste programa. O resultado final permitiu obter o número total de unidades de registo para cada categoria e subcategoria.

## **Resultados**

### **Caracterização da Amostra**

A amostra deste estudo foi constituída por 27 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos de idade. Relativamente ao parentesco, a maior parte dos respondentes eram as mães das crianças. A faixa etária dominante concentrava-se entre os 35 e os 44 anos de idade, sendo a média de anos de escolaridade superior a dez anos (Tabela 1).

Tabela 1

*Características dos Respondentes:*

	Frequências Relativas (%)
<b>Idade Adulto – categorias:</b>	
18-24	3,7%
25-34	37%
34-44	55,6%
<b>Parentesco</b>	
Pai	3,7%
Mãe	88,9%
Outro	3,7%
<b>Escolaridade</b>	
1-4	3,7%
5-9	22,2%
10-12	37%
>12	37%
<b>N =27</b>	

As crianças tinham uma média de idades de dez anos e maioria eram rapazes. As crianças da amostra eram maioritariamente saudáveis e nascida de termo (Tabela 2).

Tabela 2

*Características das Crianças:*

	Frequências Relativas (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	44,4%
Masculino	55,6%
<b>Idade – categorias:</b>	
10	88,9%
11	3,7%
<b>Gestação</b>	
A termo (42-37 semanas)	96,3%
Prematuro (36-32 semanas)	3,7%
<b>Problemas de saúde – categorias:</b>	
Ausência doença	81,5%

Doenças respiratórias / alérgicas	11,1%
Alterações oculares / auditivas	3,7%
Doenças Cardiovasculares	3,7%

**IMC**

Pré - Obesidade	14,8%
Obesidade	25,9%
Peso Normal	55,5%
Baixo Peso	3,7%

**N =27**

No que diz respeito aos hábitos alimentares, a maior parte da amostra apresenta melhores hábitos alimentares. Quanto à avaliação parental de peso, podemos observar que a maioria destes pais desta amostra sub-avalia o peso dos filhos. Relativamente à preocupação parental, os pais referem, na sua maioria, preocupar-se poucas vezes com a alimentação dos filhos. Estes dados estão presentes na Tabela 3.

Tabela 3

*Caracterização da amostra através de instrumentos de avaliação*

	<b>Frequências Relativas (%)</b>
<b>Hábitos Alimentares – categorias:</b>	
Melhores	51,8%
Piores	18,5%
Médios	18,5%
<b>Avaliação de Peso – categorias:</b>	
Sub-Avalia	44,4%
Percepção Correcta	40,7%
Sobre Avalia	14,8%
<b>Preocupação Parental – categorias.</b>	
1 = "quase sempre"	14,8%
2 = "bastantes vezes"	3,7%
3 = "Às vezes"	18,5%
4 = "poucas vezes"	40,7%
5 = "nunca"	22,2%
<b>N =27</b>	

## **Análise de Conteúdo**

Inicialmente, definiram-se quatro temas de análise, resultantes dos objectivos do estudo e da estrutura da entrevista: Alimentação Saudável; Aquisição de Informação; Emoções Negativas e Preocupação Parental.

**Alimentação Saudável.** No tema Alimentação Saudável, foram seleccionadas todas as verbalizações que expressavam um conceito de alimentação saudável. Estas significações foram obtidas através da análise das respostas à questão: “O que é para si uma alimentação saudável para o seu filho?”, e das questões de recurso: “Já encontrou outras definições? (se não, dar uma diferente) ” e “Implicações agora e no futuro de uma Alimentação Saudável?”. Para este tema foram encontradas 34 unidades de registo.

A análise deste tema teve como objectivo permitir a caracterização dos diferentes tipos de conceitos de alimentação saudável, avaliar a dimensão concreto (enumeração de alimentos) e abstracto (regras), e se a mesma é realizada pela positiva e pela negativa.

Assim e de acordo com os objectivos, foram criadas cinco categorias, dentro do tema Alimentação Saudável: (a). Ausência de conceitos sobre alimentação saudável; (b). Centração em Alimentos Não Saudáveis; (c). Centração em Alimentos Saudáveis; (d). Descrição de uma Sucessão de Exemplos e Situações Concretas e Específicas e, (e). Centração em Regras Gerais.

Tabela 4

*Definição Categorias do tema Alimentação Saudável*

<b>Tema: Alimentação Saudável</b>				
<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo</b>	<b>Total Suj.</b>	<b>Total Tema</b>
			(27)	(34)
Centração em Alimentos Não Saudáveis	Conceito de alimentação saudável, tendo como base apenas a exclusão de alimentos não saudáveis.	<i>Não comer muitos fritos, nem muitas gorduras, basicamente é isso.</i>	(2)	(2)
Centração em Alimentos Saudáveis	Conceito de alimentação saudável, usando como recurso apenas os alimentos saudáveis	<i>Para mim, alimentação saudável é isso, carne, peixe, os ovos, o leite, a fruta, a hortaliça, acho que isso é o saudável.</i>	(5)	(5)
Descrição de uma Sucessão de Exemplos e Situações Concretas e Específicas	Conceito de alimentação saudável, através de exemplos práticos, como refeições realizadas, alimentos a evitar mas específicos da criança.	<i>Um pequeno-almoço – o meu, por exemplo, bebe sempre um biberão de leite com Ceralac, farinha. Depois, a meio da manhã uma refeição de fruta, ao almoço sopa, peixe, carne, tentar variar o mais possível. A meio o lanche – sandes, pacote de leite, iogurte, fruta os bolacha. Ao jantar, tentar variar o mais possível – sopa, vegetais, quanto mais variado for maiores são as hipóteses de nós acertarmos nos alimentos mais nutritivos!</i>	(12)	(12)
Centração em Regras Gerais:	Conceito de alimentação saudável, com referência a aspectos mais específicos, como qualidade de vida, necessidades energéticas, roda dos alimentos, variedade alimentar, entre outros. (baseia-se em categorias mais abstractas, gerais e transversais)	<i>A alimentação, no fundo, ajuda a esta resistência. Deve ser equilibrada e ter vitaminas e proteínas que os ajudem a criar defesas e os tornem mais resistentes a nível orgânico.</i>	(10)	(13)



Ausência de conceitos sobre alimentação saudável	Conceitos sobre alimentação saudável inexistentes ou referenciação à impossibilidade de definir conceito.	<i>Quer dizer, definir de forma clara «Uma alimentação saudável é isto» nem os técnicos conseguem, mas há hipóteses que são consensuais e que podem ser utilizadas.</i>	(2)	(2)
	Inclui ainda pais que referem não saber, ou aqueles que não referem qualquer conceito sobre alimentação saudável			

---

**Aquisição de Informação.** Para o tema Aquisição de Informação, foram seleccionadas todas as verbalizações dos pais que estivessem relacionadas com a procura e aquisição de informação, relativa com a alimentação dos seus filhos. Estas significações foram obtidas através das respostas dos pais às seguintes questões: “Como acaba por se decidir sobre o que deve fazer quando é confrontada com novas informações / informações, diferentes do seu ponto de vista?”, e da questão existente na lista de estratégias adoptadas: “Procurar informação (ex: Consultar um profissional de saúde; internet; livros)”. Para este tema foram encontradas 59 unidades de registo.

A análise deste tema tinha como objectivo permitir compreender a coordenação de perspectivas (ideias e informações diferentes) referentes à alimentação saudável, bem como quais as fontes privilegiadas de procura e aquisição de informação relativas à alimentação dos seus filhos. Assim e de acordo com os objectivos, foram criadas cinco categorias, deste tema: (a) Internet; (b) Leitura; (c) Procura de Informação Geral; (d) Profissionais de Saúde e (e) Televisão.

Estas categorias não são mutuamente exclusivas, podendo o mesmo respondente identificar mais do que uma forma de aquisição ou fonte de informação.

Tabela 5

*Definição Categorias do Tema Aquisição de Informação*

Tema: Aquisição de Informação				
Categorias	Definição	Exemplo	Total Suj.	Total Tema
			(25)	(59)
Internet	Procura de informação sobre alimentação, através da internet	<i>Sim, às vezes na Internet é mais fácil do que procurar nos livros ou isso!</i>	(5)	(6)
Leitura	Procura de informação através da leitura de artigos científicos, jornais, revistas, livros, receitas)	<i>Eu sempre gostei muito desta área e tenho por norma ler muito sobre este assunto. Inclusivamente, este ano que passou, uma das disciplinas do meu curso era Nutrição e eu optei também por fazer a disciplina porque é sempre mais qualquer coisa que fica. Às vezes tento ler um ou outro artigo que seja fidedigno. Tento ler autores que saibam mais sobre os assuntos e não só aquelas revistas de maior renome. Agora, também há muita coisa que a gente lê por ler. A Visão, a Super Interessante, a National Geographic porque essas Marias e isso eu detesto.</i>	(12)	(14)
Procura de Informação Geral	Referências à procura de informação sem especificação de fontes, e referências à ausência de informação.	<i>Pela informação e por aquilo que vamos aprendendo.</i>	(16)	(18)
Profissionais de Saúde	Procura de informação através de profissionais de saúde (i.é, médicos, pediatras, nutricionistas, entre outros)	<i>Hah sim, às vezes sim, junto do pediatra, sugestões que ele dê ou isso</i>	(17)	(19)
Televisão	Procura/ aquisição de	<i>Pouco tempo tenho, é chegar a casa, fazer a lida da</i>	(2)	(2)

informação através da televisão	<i>casa, só quando às vezes de manhã, quando estou de férias, consigo ver aquele programa do Goucha e às vezes se fala da alimentação saudável, comer carne, peixe, iogurtes, eles até têm aquele livro da alimentação, pelo menos, de ver ou ouvir, é só daí...</i>
---------------------------------	--

**Emoções Negativas.** Na análise do tema Emoções Negativas, foram seleccionadas todas as verbalizações relacionadas com emoções negativas sentidas pelos pais, derivadas da alimentação dos seus filhos. Estas significações foram obtidas através da análise das respostas à questão: "Tentar que o seu filho coma aquilo que acha que ele deve comer gera emoções negativas? As emoções que sente acabam por influenciar as suas decisões sobre o que o seu filho come num determinado momento?". Para este tema foram seleccionadas 37 unidades de registo.

A análise deste tema tinha como objectivo permitir a identificação das emoções associadas às tentativas de promoção de uma alimentação saudável, bem como a avaliação das significações relativas ao processo de influência das emoções no comportamento parental.

Assim e de acordo com os objectivos, foram criadas cinco categorias, dentro do tema Emoções Negativa: (a) Ausência de Emoções Negativas; (b) Emoções Negativas Externalizadas; (c) Emoções Negativas Internalizadas; (d) Emoções Negativas Ocasionais e (e) Tristeza - Descrições de Stress e Ansiedade.

Tabela 6

*Definição de categorias do Tema Emoções Negativas*

Tema: Emoções Negativas				
Categorias	Definição	Exemplo	Total Suj.	Total Tema
			(17)	(37)
Ausência de Emoções	A alimentação da criança não provoca qualquer tipo	<i>Não muito porque elas a maior parte das vezes comem bem</i>	(6)	(6)

Negativas	de emoção negativa nos pais			
Emoções Negativas	Referências a emoções negativas como	<i>Enervo-me com ele! Ainda me enervo mais porque se eu estou a dizer que sim e ele não</i>	(6)	(7)
Externalizadas	irritabilidade com a criança, hostilidade, zanga, entre outras	<i>enerva-me. Para mim ele tem de comer ali tudo certinho, a sopa, a fruta e o conduto.</i>		
Emoções Negativas	Referência a emoções negativas como	<i>Às vezes fico mal comigo própria, se ele não</i>	(7)	(8)
Internalizadas	ansiedade, preocupação, stress, frustração, mas para consigo mesmo	<i>comer sinto-me mal porque acabo por me enervar e não fico bem comigo própria</i>		
Emoções Negativas	Pais que referem sentir emoções negativas	<i>Se calhar, já aconteceu, às vezes, não estamos</i>	(5)	(7)
Ocasionais	ocasionalmente e facilmente ultrapassáveis	<i>tão a 100% como gostaríamos de estar, se calhar, às vezes estando menos bem emocionalmente não temos tanto essa</i>		
		<i>satisfação de fazer o alimento, não quer dizer que isso aconteça sempre. É muito raro isso acontecer.</i>		
Tristeza -	Pais que indicam	<i>Ele, como vê que eu fico triste, obriga-se a</i>	(7)	(9)
Descrições de	experienciar tristeza,	<i>comer um bocadinho. Muitas vezes, vou para</i>		
Stress e	stress ou irritação	<i>o quarto, ou para a casa de banho e vêm-me</i>		
Ansiedade	relativamente á alimentação dos seus filhos	<i>as lágrimas aos olhos por ter ralhado com ele. Mas à frente dele nunca.</i>		

**Preocupação Parental.** Na análise do tema Preocupação Parental, foram seleccionadas todas as verbalizações que expressassem preocupação dos pais para com a alimentação dos seus filhos. A análise deste tema incidiu na totalidade do conteúdo de cada uma das entrevistas, pois não existia qualquer questão específica relativa à preocupação parental. Foram encontradas 25 unidades de registo, expressas por 16 sujeitos.

A análise deste tema tinha como objectivo permitir a identificação de preocupação parental relativa à alimentação dos seus filhos, bem como níveis de preocupação expressos pelos pais. Assim e de acordo com os objectivos, foram criadas três categorias, dentro do tema

Preocupação Parental: (a) Ausência de Preocupação Parental; (b) Preocupação Parental Elevada e (c) Preocupação Parental Moderada.

Tabela 7

*Definição de categorias do tema Preocupação Parental*

Tema: Preocupação Parental				
Categorias	Definição	Exemplo	Total Suj.	Total Tema
			(16)	(25)
Ausência de Preocupação Parental	Referência à não preocupação quanto à alimentação dos filhos	<i>Elas em termos de peso e estrutura, elas sempre andaram num valor muito abaixo do recomendado para a idade mas como os médicos nunca acharam grave e eu noto que elas comem bem, nunca me preocupei.</i>	(4)	(4)
Preocupação Parental Elevada	Pais que referem níveis elevados de preocupação	<i>Eu com a minha filha tenho muita preocupação com as questões de obesidade, se eu tenho doenças tenho esta preocupação, eu tenho essa doença, no caso da A. Acho que ela não é uma criança obesa.</i>	(5)	(7)
Preocupação Parental Moderada	Referência a preocupação, contudo a referência é realizada como preocupação normal	<i>E pronto, mas a questão genética preocupa-me um bocadinho, depois a alimentação, claro, o meio em que a pessoa vive, porque há crianças que devem ter problemas e não ser saudáveis porque vivem em condições de vida muito diferentes.</i>	(7)	(8)

Os resultados anteriormente apresentados foram analisados tendo por base a preocupação parental. Cruzaram-se todas as significações presentes nas categorias do tema preocupação parental, e analisaram-se as respostas relativas à escala subjectiva de preocupação parental (Tabela 8).

Tabela 8

*Distribuição das respostas dos sujeitos por resposta a escala subjectiva de preocupação e por significações do tema Preocupação Parental*

<b>ID</b> <b>Sujeito</b>	<b>Resposta a escala subjectiva</b> <b>de preocupação</b>	<b>Significações do Tema</b> <b>Preocupação Parental</b>
2	Quase sempre	Ausência de Preocupação
12	Quase sempre	n/a
13	Quase sempre	n/a
17	Quase sempre	n/a
25	Bastantes vezes	n/a
1	Às vezes	Preocupação Elevada
3	Às vezes	n/a
6	Às vezes	Preocupação Moderada
19	Às vezes	n/a
23	Às vezes	Preocupação Elevada
4	Poucas vezes	Ausência de Preocupação
5	Poucas vezes	Preocupação Moderada
8	Poucas vezes	Ausência de Preocupação
9	Poucas vezes	Preocupação Moderada
11	Poucas vezes	Preocupação Elevada
14	Poucas vezes	Preocupação Moderada
18	Poucas vezes	n/a
21	Poucas vezes	Preocupação Moderada
22	Poucas vezes	Ausência de Preocupação
24	Poucas vezes	Preocupação Moderada
27	Poucas vezes	n/a
7	Nunca	Preocupação Elevada
10	Nunca	n/a
15	Nunca	Preocupação Moderada
16	Nunca	n/a
20	Nunca	n/a
26	Nunca	Preocupação Elevada

*Nota:* n/a - não aplicável. Sem significações expressas em entrevista sobre o tema.

Como já referido, do total de pais da amostra (N=27), apenas 16 pais expressaram significações relativas à preocupação, sendo que nestas estão também incluídos os pais que expressam significações de não preocupação.

As significações encontradas nas entrevistas, quando comparadas com as respostas da escala subjectiva de preocupação, não são consistentes. Por exemplo, o mesmo pai aquando da resposta à escala subjectiva de preocupação responde nunca se preocupar, mas na entrevista expressou: “*eu com a minha filha tenho muita preocupação com as questões de obesidade (...)*”

Assim e devido à inconsistência destes dados, a análise dos resultados foi efectuada tendo por base apenas os sujeitos que expressaram significações relativas a preocupação e apenas as significações expressas, organizadas nas três categorias antes definidas (Ausência de Preocupação, Preocupação Moderada e Preocupação Elevada).

Tabela 9

*Expressão de Emoções Negativas e de Níveis de Preocupação*

	Preocupação Parental		
	Ausência	Moderada	Elevada
	n= 4	n=7	n=5
<b>Emoções Negativas</b>			
Ausência de Emoções Negativas	-	2	-
Emoções Negativas Externalizadas	1	1	2
Emoções Negativas Internalizadas	1	1	2
Emoções Negativas Ocasionais	1	1	-
Tristeza - Descrições de Stress e Ansiedade	1	2	3

*Nota:* As categorias presentes no tema Emoções Negativas não eram mutuamente exclusivas.

Todos os pais que referiram experienciar preocupação e referiram também emoções negativas associadas, nomeadamente mais emoções de Tristeza - Descrições de Stress e Ansiedade (Tabela 9).

Tabela 10

*Fontes de Aquisição de Informação e Níveis de Preocupação*

	Preocupação Parental		
	Ausência	Moderada	Elevada
	<i>n= 4</i>	<i>n=7</i>	<i>n=5</i>
<b>Aquisição Informação</b>			
Internet	-	2	-
Leitura	2	3	1
Procura de Informação Geral	3	5	2
Profissionais de Saúde	4	3	2
Televisão	-	1	-

*Nota:* As categorias presentes no tema Aquisição de Informação não eram mutuamente exclusivas

Para além de referências a emoções negativas, estes pais fizeram referências à procurade informação, maioritariamente aqueles pais que referem experienciar Preocupação ModeradaePreocupação Elevada (Tabela 10). A maioria dos pais refere os Profissionais de Saúde como fonte de informação.

Os pais que referem Preocupação Elevada fazem menos referências à procura de informação, comparativamente com os restantes pais.

De realçar que os pais que não referiram qualquer fonte de informação referiram um conceito sobre Alimentação Saudável baseado na Descrição de uma Sucessão de Exemplos e Situações Concretas e Específicas. A maioria dos pais deste estudo utilizou mais do que uma fonte de informação, à excepção daqueles que referem a Televisão como meio de aquisição de



informação. Estes pais referem conceitos de alimentação saudável caracterizados pela Centração em Regras Gerais e experienciam Emoções Negativas Externalizadas.

Tabela 11

*Hábitos Alimentares e Níveis de Preocupação*

	Preocupação Parental		
	Ausência	Moderada	Elevada
	<i>n= 4</i>	<i>n=7</i>	<i>n=5</i>
<b>Hábitos Alimentares – categorias:</b>			
Melhores	2	5	4
Médios	2	1	-
Piores	-	1	-

Observa-se que os pais que mencionam Preocupação Moderada e Preocupação Elevada têm ligeiramente mais filhos com Melhores Hábitos alimentares, contudo também aqueles que referem Ausência de Preocupação têm filhos com Melhores Hábitos e Médios Hábitos alimentares (Tabela 11).

Tabela 12

*IMC e Níveis de Preocupação*

	Preocupação Parental		
	Ausência	Moderada	Elevada
	<i>n= 4</i>	<i>n=7</i>	<i>n=5</i>
<b>IMC – Categorias:</b>			
Baixo Peso	-	-	1
Normal	2	3	3
Pré-Obesidade	1	2	-
Obesidade	1	2	1

Foram encontradas significações de Preocupação Moderada ou Preocupação Elevada maioritariamente em pais de crianças com Peso Normal ou Baixo Peso, existindo apenas uma referência de Preocupação Elevada em pais de crianças obesas (Tabela 12).

Tabela 13

*Avaliação de Peso da criança e Níveis de Preocupação*

	Preocupação Parental		
	Ausência	Moderada	Elevada
	<i>n= 4</i>	<i>n=7</i>	<i>n=5</i>
<b>Avaliação Peso - categorias</b>			
Sobreavaliação	-	-	2
Avalia Correctamente	2	3	1
Subavaliação	2	4	2

No que diz respeito à avaliação corporal do peso dos seus filhos, apenas os pais que referem Preocupação Elevada sobreavaliam o peso dos seus filhos (Tabela 13).

**Discussão**

Este estudo, qualitativo e exploratório, permitiu aceder a um conjunto de significações diferenciadas de pais de crianças em idade pré-escolar, sobre a alimentação dos filhos.

A análise das significações parentais permitiu identificar diferentes categorias de Alimentação Saudável, sendo de realçar as categorias de Descrição de uma Sucessão de Exemplos e Situações concretas, onde encontramos significações parentais centradas numa enumeração de exemplos concretos da alimentação dos seus filhos, que nos permitem perceber que a interiorização do conceito de alimentação saudável faz sobretudo pela aplicação prática e concreta à identificação de alimentos ou refeições saudáveis. Dentro deste tema a categoria de Centração em Regras Gerais, evidencia uma visão mais ampla do conceito

de alimentação saudável, demonstrando que estes pais possuem um maior nível de abstracção, no que se refere ao conceito de alimentação saudável, incluindo conceitos mais elaborados como a qualidade de vida da criança.

Esta análise das significações parentais permitiu a identificação de diversas categorias dentro do tema da aquisição da informação, o que nos permite constatar que estes pais recorrem a mais do que uma fonte de procura de informação, sendo de destacar as categorias Profissionais de Saúde e Procura de Informação Geral, estando contidas nestas categorias a maior parte das significações parentais relativas a este tema. A identificação da categoria Procura de Informação Geral, evidencia que complementarmente à procura de informação junto de profissionais de saúde, este pais procuram ainda informação junto de familiares ou outros pais.

Foram também identificadas categorias respeitantes a emoções experienciadas no contexto da alimentação dos filhos, sendo que encontrámos significações parentais referentes a diferentes tipos de emoções, embora predominantemente negativas, bem como a referência específica à ausência de emoções negativas. Este tema permitiu ainda a identificação da categoria Tristeza- Descrições de Stress e Ansiedade, sendo esta categoria a que inclui mais significações parentais e a que surge mais vezes associada à preocupação parental.

As significações expressas pelos pais deste estudo permitiram ainda a identificação de categorias relacionadas com a preocupação parental, tendo sido identificadas as categorias de Ausência de Preocupação, Preocupação Moderada e Preocupação Elevada. De salientar que a categoria de Preocupação Elevada compreende significações relativas à preocupação dos pais para com outros aspectos que não especificamente a alimentação dos seus filhos, englobando conceitos como a qualidade de vida e o bem-estar emocional da criança.

Um dos aspectos mais evidentes nesta análise secundária das entrevistas realizadas por Andrade (em preparação), foi o facto de as significações relativas à preocupação encontradas nas entrevistas, quando comparadas com as respostas da escala subjectiva de preocupação, não serem consistentes entre si. Seria pertinente perceber o porquê de os pais referirem ausência de preocupação com a alimentação dos filhos em resposta à escala subjectiva de preocupação, e em entrevista exprimirem espontaneamente significações de preocupação elevada, sendo o inverso também verdade.

Apesar de não se poderem observar tendências muito claras de associação entre o nível de preocupação expresso e outras significações exploradas, podemos constatar que os pais que expressam preocupação parental, experienciam também emoções negativas. Tal vem de encontro à definição do conceito de preocupação parental, no qual existe uma dimensão ligada a um estado afectivo ou emocional, de inquietação, medo ou ansiedade relativamente à função parental (Brazelton, 1995).

Seria de esperar existirem mais pais a relatar preocupação para com a alimentação dos seus filhos, mas tal poderá dever-se ao facto da preocupação parental estar relacionada com a capacidade avaliativa dos pais quanto ao peso dos seus filhos (Lampard et al, 2008), sendo que nesta amostra se constatou que um número elevado dos pais não avalia correctamente o peso dos filhos.

No entanto, também encontrámos um número elevado de significações relativas à preocupação parental em pais de crianças com peso normal. Estes resultados podem dever-se ao facto de as preocupações parentais serem consideradas como um sinal de interesse nas necessidades da criança, influenciando o comportamento parental e promovendo práticas parentais mais saudáveis, sendo que a ausência de preocupação estará relacionada com a fraca adesão a estratégias de prevenção, como é o exemplo da obesidade infantil (Lampard et al., 2008).

## **Conclusões**

Este estudo tem limitações importantes, decorrentes do facto de ser uma análise secundária das significações expressas pelos pais no estudo de Andrade (em preparação). Em particular, devemos referir a utilização de uma amostra reduzida. Adicionalmente, a entrevista foi construída com objectivos específicos, distintos dos deste estudo, pelo que não foi possível aprofundar ou clarificar alguns temas e questões relevantes, nomeadamente sobre a preocupação parental.

No entanto foi possível concluir que um pouco mais de metade dos pais expressaram espontaneamente preocupação sobre a alimentação dos filhos, sendo que essa preocupação nem sempre está associada a uma avaliação negativa do peso do filho ou ao facto de os filhos terem excesso de peso. Poderemos, assim, estar a falar de uma preocupação no sentido de atenção, interesse e investimento e não só no sentido de identificação de necessidades de mudança. No entanto esta preocupação é acompanhada da expressão de algumas emoções negativas.

Também se verificou que no geral os pais mostram algum interesse na procura de informação, que dão relevância à informação recolhida junto dos profissionais, mas que tendem a diversificar as fontes de informação utilizadas.

Seria útil que futuros estudos sejam conduzidos para melhor analisar e compreender a forma como os pais de crianças em idade pré-escolar pensam sobre a alimentação dos seus filhos, pois sabe-se que a preocupação parental relativa ao peso da criança pode influenciar os pais a iniciarem comportamentos para melhorar os hábitos alimentares familiares (Moore et al., 2012), e pode igualmente conduzir a uma melhoria dos resultados de tratamentos para a obesidade infantil (Lampard, et al., 2008).

## Bibliografia

Algarvio, S., & Leal, I. (2004). Preocupações parentais: Validação de um instrumento de medida. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5(1), 145-158.

Algarvio, S., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Assessing parental concerns about child development: Psychometric properties of a scale. *Journal of Child Health Care*. 00 (0) 1–11.

Algarvio, S., Leal, I., & Maroco J. (2012). Preocupações parentais em pais de crianças do pré-escolar e 1º ciclo: análise da população portuguesa por distrito. *Psychology, Community & Health*. 1 (1), 19-32.

Algarvio, S. , Leal, I., & Maroco, J. (2013). Parental concerns' prevalence and socio-demographic variables in general parenting. *Journal of Child Health Care*. First published on March 1, 2013.

Alvarenga, P. (2001) Práticas Educativas Parentais como Forma de Prevenção de Problemas de Comportamento. In: Guilhardi (Org.). Sobre o comportamento e cognição, 8: 54-60. Porto Alegre: ESETEC Editores Associados.

Birch, L. (1999). Development of Food Preferences. In: *Annual Reviews of Nutrition*. V.19: 42-62.

Birch, L. (2002). Acquisition of food preferences and eating patterns in children. In H. Anderson, J. Blundell, & M. Chiva, *Food selection: From genes to culture*. (71-84). Levallois. Perret: Institute Danone.

Bossink-Tuna, H. , L'Hoir, M. , Beltman, M., & Boere-Boonekamp, M.: (2009). Parental perception of weight and weight-related behavior in 2- to 4- year-old children in the eastern part of Netherlands. *European Journal of Pediatrics*. 168(3), 333-339.

Brazelton, T.B. (1992). *O que todo o bebê sabe*. S. Paulo: Martins Fontes.

Briggs-Gowan, M., Carter, A., & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*.24 (6), 749-765.

Burniat, W., Cole, T., Lissau, I., & Poskitt, E. (2002). Child and adolescent obesity: Causes and consequences, prevention and management. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Crawford, D., Timperio, A., & Salmon, J. (2006). Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. *Public Health Nutrition*, 9(7), 889-895.

Campbell, M., Williams, J., Hampton, A., & Wake, M. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Medical Journal of Australia*.184 (6), 274.

Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal Of Obesity*. 29(4), 353-355.

Conn, K., Halterman, J., Fisher, S., Yoos, H., Chin, N. & Szilagyi, P. (2005). Parental beliefs about medications and medication adherence among urban children with asthma. *Ambulatory Pediatrics*. 5(5), 306–310.

Cramer, B. (1991). *Profissão: Bebê*. Lisboa: Terramar.

Daniels, S.(2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *The Future of Children*. 16(1), 47-67.

Demby, S. (2009). Interparent hatred and its impact on parenting: Assessment in forensic custody evaluations. *Psychoanalytic Inquiry*. 29(6), 477-490.

Dias, P., Carneiro, S., & Silva, A.(2010). Não há saúde sem saúde mental. In F. M. Leão (ed. lit.). *Aprender a Educar - Guia para Pais e Educadores*. Gaia.

Diet, Physical activity and Health Assembly (2002), Agenda item 13.11 (WHA 55.23). Geneva, *World Health Organization*. Acedido Abril, 16, 2013, em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/ewha5523.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf).

Dietz, W.(1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*.101 (3), 518.

Dix, T. (1992).Parenting on behalf of the child: Empatic goals in the regulation of responsive parenting. In: I. Sigel, A., MacGillicuddy-DeLisis, & J.J. Goodnow (eds), *Parental Belief –systems: Psychological Consequences for Children*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Eckstein, K., Mikhail, L., Ariza, A., Thomson, J., Millard, S., &Binns, H. (2006).Parents' perceptions of their child's weight and health.*Pediatrics*.117 (3), 681.

Ford, T., Sayal, K., Meltzer, H. & Goodman, R. (2005).Parental concerns about their child's emotions and behavior and referral to specialist services: general population survey. *British Medical Journal*.331 (7530), 1435-1436.

Glascoe, F., MacLean, W. & Stone, W. (1991).The importance of parents' concerns about their child's behavior. *Clinical Pediatrics*. 30(1), 8–11.

Grimmett, C., Croker, H., Carnell, S., & Wardle, J.(2008). Telling parents their child's weight status: psychological impact of a weight-screening program. *Pediatrics*.122 (3), 682.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. & Story, M. (2007).Personal, behavioral, and environmental risks and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*. 15 (11), 2748-2760.

Holm, S.(2008). Parental responsibility and obesity in children. *Public Health Ethics*.1(1), 21-29.

Housel, D. (1997). Les dimensions de la parentalité. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 21, 165-189. Paris: Bayard editions.



Kaitz, M. (2007). Maternal concerns doing early parenthood. *Child: Care, Health & Development*. 33(6), 720-727.

Kourlaba, G., Kondaki, K., Roma-Giannikou, E. & Mamios, Y. (2009). Diet quality preschool children and maternal perceptions/misperceptions: The GENESIS study. *Public Health*. V:123, 738-742;

Lampard, A.M., Byrne, S. B., Zubrick, S. R. & Davis, E. A. (2008). Parents Concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity*. 3(2), 84-92.

Lee, Y., & Birch, L., (2002). Diet quality, nutrient intake, weight status and feeding environments of girls meeting or exceeding the American Academy of Pediatrics recommendations for total dietary fat. *Minerva Pediatrics*. 54 (3), 179-186.

Maynard, L., Galuska, D., Blanck, H., & Serdula, M. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*. 111 (5), 1226.

Moreira, P., (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*. 15 (3), 155-161.

Moore, L.; Harris, C., & Bradlyn, A., (2012). Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. *Matern Child Health Journal*. 16, 902 – 908.

Psicologia da saúde (2003-2013). In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora,. Acedido em Abril 14, 2013, em [http://www.infopedia.pt/\\$psicologia-da-saude](http://www.infopedia.pt/$psicologia-da-saude).

Ramos, M., & Stein, L. (2002). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 76 (Supl 3), 229-237.

Reijneveld, S., De Meer, G., Wiefferink, C., & Crone, M. (2008) Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health*. 8, 124.

Reppold, C., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In Hutz (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégia de intervenção*. 7-52. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rito, A. (2006). *Documento Resposta ao Green Paper da Comissão Europeia sobre “Promoção de dietas saudáveis e actividade Física”*. Acedido em Março 10, 2013, em: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/green\\_paper/nutritionongp\\_co054\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/nutritionongp_co054_pt.pdf)

Rito, A., & Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, actividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Revista da Associação Portuguesa dos Nutricionistas*. 6, 17-19.

Sadeh, A., Flint, Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzy, L. (2008). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*. 21(1), 74-78.

Skeat, J., Eadie, P., Ukoumunne, O. & Reilly, S. (2010). Predictors of parents seeking help or advice about children's communication development in the early years. *Child: Care, Health and Development*. 36(6), 878-887.

Skouteris, H., McCabe, M., Swinburn, B., Newgreen, V., Sacher, P. & Chadwick, P. (2010). Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obesity reviews*.

Slater, A., Bowen, J., Corsini, N., Gardner, C., Golley, R., & Noakes, M. (2010). Understanding parents' concerns about children's diet, activity and weight status: an important step towards effective obesity prevention interventions. *Public Health Nutrition*. 13(8), 1221-1228.

Soenens, B., & Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2010). Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality*. 78(1), 217–256.

Spruijt-Metz, D., Lindquist, C., Birch, L., Ficher, J., & Goran, M. (2005). Relation between mother's child-feeding practices and children's adiposity. *Journal Clinical Nutrition*. 49(4), 236-245.

Spruijt-Metz, D., Li, C., Cohen, E., Birch, L., & Goran, M., (2006). Longitudinal influence of mother's child feeding practices on adiposity in children. *Pediatrics*. 148, 314-320.

Swain, J., Lorberbaum, J., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 48(3/4), 262-287.

The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization.

Viana, V., Candeias, I., Rego, C. & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e Controlo Parental: Uma revisão de bibliografia. *Alimentação Humana*. 15(1).

Voigt, R., Johnson, S., Mellon, M., Hashitawa, A., Campeau, L., Williams, A., & Juhn, Y. (2009). Relationship between parenting stress and concerns identified by developmental screening and their effects on parental medical care-seeking behavior. *Clinical Pediatrics*. 48(4), 362-368.

Wake, M., Salmon, L., Wrigth, M., & Hesketh, K., (2002). Parent-reported health status of overweight and obese Australian primary school children: A cross sectional population survey. *International Journal of Obesity*. 26, 717-724.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization *Technical Report Series*.2000; 894.

Wildman, B., Stancin, T., Golden, C., & Yerkey, T. (2004). Maternal distress, child behavior and disclosure of psychosocial concerns to a pediatrician. *Child: Care Health & Development*. 30(4), 385-394.

Wright, C.M., Oarker, L., Lamont, D., & Craft, A.W., (2001). Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study .*BMJ*. 323: 1280-1284.

**Anexos**

## Anexo A

### Extractos do Guião de Entrevista de Andrade, relevantes para este trabalho

1a) Como descreveria / definiria uma criança saudável? O que acha que é uma criança saudável?

1a (Contra Prova - CP) confronto com outras significação de criança saudável

1b) Acha que a definição de uma criança saudável se altera em função do período de desenvolvimento em que está? Ex: bebé, 5 anos, 13 anos

2 – De que depende a saúde do seu filho?

2 (Questão de Recurso) QR1 – Como se conjugam entre si os factores que mencionou?

2QR2 – Acha que o que o seu filho come agora influencia a saúde do seu filho? E no futuro?

2QR3 - Como acha que o peso actual do seu filho pode influenciar a saúde do seu filho? E no futuro?

3 – O que é para si uma alimentação saudável para o seu filho?

3PR1 – Já encontrou outras definições (se não, dar uma diferente)

3PR2 - Implicações agora e no futuro de uma AS?

4 – Acha possível ter a certeza do que é a alimentação ideal para o seu filho de modo a promover o máximo de bem-estar físico e psicológico? Se sim, como? Se não, Porquê?

4CP - Há pais que acham que é possível / não é possível conseguir ter essa certeza, porque.

5- Como acaba por se decidir sobre o que deve fazer quando é confrontada com novas informações / informações, diferentes do seu ponto de vista?

6-O que acha que influencia o que o seu filho come (comer mais de uns alimentos e não comer ou comer menos de outros)?

6QR – Qual o papel das Preferências Alimentares? Como podem os pais influenciar as PA? Se sim, como? Se não, Porquê?

7 – De que modo pode influenciar estes factores?

8-Há pouco falou do que seria uma alimentação ideal para o seu filho. Acha que é fácil pôr em prática esse tipo de alimentação com o seu filho? Porquê?

8QR - Há pais que acham que é possível / não é possível ter esta certeza, porque....

9- É importante para si que os seus filhos tenham uma alimentação saudável? Porquê?

9QR - Quais são os seus objectivos quando tenta que o seu filho tenha uma AS?

10Aa) – As crianças vão evoluindo e mudando física e psicologicamente ao longo do crescimento. A influência dos amigos e da escola também vai mudando. Acha que estas mudanças afectam o CA do seu filho?

10b) - O que acha que deve fazer ao longo deste processo para promover uma alimentação saudável?

11a – Sendo possível, acha que seria ideal ter um controlo absoluto sobre o que o seu filho come, ele comer exactamente o que a mãe queria?

11aQR – Seria bom controlar mais do que controla agora o comportamento alimentar do seu filho?

11b – Acha que é possível ter o controlo total?

11bQR - O que a ajudaria a conseguir que a criança comesse mais vezes aquilo que acha melhor para ele?

12 – Quais as principais dificuldades que sente actualmente para que o seu filho coma aquilo que a mãe acha melhor para ele?

12QR – Mas os pais têm hipótese de tentar controlar ...(factor X)